

Ben-Alexander Bohnke

April 1986

Flucht in die Krankheit

Wahrheit oder Vorurteil?

Wenn einer psychisch krank wird, dann ist das eine Flucht in die Krankheit. Wenn jemand z.B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsgedanken hat, dann bedeutet dies ein Ausweichen vor den Problemen seines Lebens. Einen Versuch, sich seiner Verantwortung zu entziehen. Und falls der Kranke wirklich wollte, könnte er schnell wieder gesund werden, denn: Wo ein Wille ist, da ist ja bekanntlich auch ein Weg.

Solche Auffassungen hört man häufig. Von ganz normalen Menschen, von Bekannten, Freunden oder Arbeitskollegen. Aber auch Psychologen und Psychotherapeuten äußern sich so - manchmal allerdings hinter vorgehaltener Hand. Ist diese Auffassung von der Flucht in die Krankheit wahr oder nur ein Vorurteil? Ist sie stichhaltig, begründet, bewiesen? Oder stellt sie selbst eine Ausflucht da, weil man ~~es~~ bequem alle Verantwortung auf die psychisch Kranken abschieben kann?

Diese Frage wollen wir in der Sendung untersuchen. Dabei werden wir der Ansicht von der Flucht in die Krankheit eine andere gegenüberstellen. Danach ist eine psychische Krankheit vor allem die Folge von seelischen Verletzungen, Kränkungen. Jemand wurde immer wieder ge-kränkt, und das hat ihn krank gemacht.

Hierbei hat man vor allem die frühe Kindheit im Blick. Man geht davon aus: Wenn ein kleines Kind zu wenig Liebe und Zuwendung erhält, wenn es vernachlässigt oder gar mißhandelt wird, entstehen psychische Störungen. Und zwar können diese oft erst im Erwachsenenalter richtig ausbrechen.

Wir wollen den Gegensatz der beiden Richtungen noch einmal ganz klar herausstellen: Für die einen ist der psychisch gestörte Mensch mehr ein ^W Täter, ^H der sich selbst

krank macht. Für die anderen ist er mehr ein ^{Opfer}, das sein Kranksein erleidet. Im ersten Fall können wir von einem Täter-Modell sprechen, im zweiten Fall von einem Opfer-Modell.

Welche Bedeutung hat der Täter-Opfer-Gegensatz für die Psychotherapie? Eigentlich geistert er seit langem durch die ganze Therapienlandschaft, aber er wird nur selten klar ausgesprochen. Woran liegt das? Es ist eben ein sehrbrisantes Thema, was an manche Tabus röhrt.

Wenn man einen psychisch kranken Menschen als eine Art Täter bezeichnet, dann widerspricht das Forderungen wie: Man soll Mitgefühl mit einem Kranken haben, ihn schonen und ihm helfen.

Wenn man den Menschen dagegen als Opfer ansieht dann kommt man in Konflikt mit Forderungen wie: Man darf sich nicht ausnutzen lassen, den anderen durch zuviel Hilfe nicht unselbstständig halten u.ä.

Außerdem: Sowie der Kranke als Opfer akzeptiert wird, entsteht die Frage, wer ihn denn dann krank gemacht hat. Dann können aber schnell andere zu Tätern erklärt werden, z.B. die Eltern oder die Gesellschaft.

Nehmen wir z.B. einen Alkoholiker, der in betrunkenem Zustand andere Menschen belästigt. Der Alkoholismus ist als Krankheit anerkannt. Deshalb wird einerseits das Verhalten des Betrunkenen entschuldigt, er kann nichts dafür. Andererseits reagiert man aber oft doch auch mit Unverständnis und Ärger, wirft dem Alkoholiker seinen Zustand vor.

Das Problem, inwieweit jemand seine psychische Störungen selbst macht oder aber erleidet, spielt nicht nur in der psychotherapeutischen Theorie eine Rolle, sondern erst recht in der Praxis. Denn wenn man die Störung als selbstverantwortet, ja selbstverschuldet ansieht,

begegnet man dem Kranken leicht mit Konfrontation, direkten Forderungen, vielleicht auch Härte.

Betrachtet man ihn dagegen als "armes Opfer", verhält man sich freundlich, tolerant, akzeptierend.

Wir wollen einmal zwei Dialoge aus einer Therapiesitzung bringen, die diesen Unterschied veranschaulichen.

Zunächst das Beispiel einer Therapie, in der der Patient als allein selbstverantwortlich gilt.

Der Patient beginnt das Gespräch, der Therapeut antwortet:

- Ich werde meine ständige Angst einfach nicht los.
- Laß die Angst doch mal beiseite. Schau dich um. Brauchst du hier und jetzt Angst zu haben?
- Nein, aber ich kann sie trotzdem nicht so abschütteln.
- Du kannst nicht, heißt du willst nicht. Letztlich profitierst du von deiner Angst, sonst würdest du sie nicht festhalten. Was willst du mit ihr erreichen?
- Ich verstehe dich nicht.
- Aber ich dich um so besser. Ich durchschaue deine Tricks. Du schaffst dir deine Angst selbst, du flüchtest in die Angst, um andere damit zu manipulieren. Sie sollen wegen deiner Angst dauernd Rücksicht auf dich nehmen. Aber ich mache dieses Spiel nicht mit.

Als zweites folgt ein Beispiel aus einer Therapie, in der das Kranksein mehr als Auswirkung früherer seelischer Verletzungen begriffen wird.

Der Patient beginnt wieder.

- Ich werde meine ständige Angst einfach nicht los.
- Du leidest wirklich unter der Angst, du willst nichts mit ihr zutun haben.
- Ja, ich versuche immer wieder sie abzuschütteln, aber es gelingt mir nicht.
- Versuch doch mal, die Angst etwas zuzulassen. Schau sie dir an. Will sie dir etwas sagen? Kennst du sie irgendwo her?

- Ich habe mein ganzes Leben Angst gehabt, seit der Kindheit, aber ich habe immer versucht, davor wegzulaufen.
- . Die Angst war einfach zu bedrohlich für dich.
- Ja. Aber ich fühle, daß das nicht so weitergeht, ich muß herausfinden, wo die Angst herkommt.
- . Ich werde dir helfen, soweit ich kann.

Wir wollen die Beispiele erst einmal so stehen lassen und uns später genauer damit beschäftigen, was sie jeweils ausdrücken. Natürlich zeigen sie nur eine Möglichkeit, wie sich ein Therapeut, der sich an einem Täter-Modell bzw. Opfer-Modell orientiert, verhalten kann. Und überhaupt gibt es allmögliche Mischformen zwischen diesen beiden Modellen.

Das Thema dieser Sendung ist aber nicht nur für die Psychotherapie von Bedeutung. Sondern dahinter stehen ganz grundsätzliche Fragen:

Ist jeder seines Glückes Schmied bzw. seines Unglückes Schmied? Liegt es an einem selbst, ob man Erfolg oder Mißerfolg hat, ob man ein Gewinner oder Verlierer ist? Kann der Mensch sein Leben ganz selbst bestimmen?

Oder sind wir in vielem mehr ohnmächtig unserem Schicksal ausgesetzt? Werden wir stark von äußeren Umständen bestimmt, also fremdbestimmt? Ist der Pechvogel eben vom Pech verfolgt, während dem Glückspilz das Glück in den Schoß fällt? Hier geht es um Grundfragen eines Menschenbildes, die in der Gesellschaft sehr unterschiedlich beantwortet werden.

Wir hatten gesehen, daß in einer Richtung der Psychologie der Mensch als Schöpfer seiner psychischen Krankheit angesehen wird. Wie hat man sich das eigentlich genauer vorzustellen? Nun, es wird behauptet, daß der Kranke durch bestimmtes Verhalten, Denken und Fühlen die Symptome erst hervorbringt. Eigentlich spricht man oft auch gar nicht von Krankheit, sondern von falschem Verhalten, Denken und Fühlen, um den Täter-Aspekt hervorzuheben.

Angenommen, jemand isst ständig zu viel, er wird zu dick, fühlt sich dadurch unwohl, isst aus Kummer noch mehr usw. Aus Sicht des Täter-Modells ist das ein Fehlverhalten, mit dem der Mensch sich selbst sein Unglück fabriziert. Ähnlich ist es mit dem Denken: Wenn jemand immer negativ denkt, z.B. "es geht ja doch alles schief", "ich schaffe es nicht" und es dann tatsächlich nicht schafft, so gilt dieses Negativ-Denken als Ursache.

Entsprechend sieht man es mit den Gefühlen: Wie schon die Ausdrücke sich ängstigen, sich fürchten, sich ärgern, sich aufregen u.ä. aussagen: Man selbst ist es, der sich solche unangenehmen Gefühle macht. Sogar körperliche Störungen erzeugen wir aus Sicht des Täter-Modells so. Wir ärgern uns ein Loch in den Bauch - und haben ein Magengeschwür. Wir zerbrechen uns den Kopf - und bekommen Kopfschmerzen usw.

Wichtig ist: Bei diesem Ansatz fragt man immer: Wozu macht ein Mensch das? Man fragt nicht: Woher kommt das? Man fragt also nach dem Ziel, der Absicht des Kranken. Was will er mit seiner Störung erreichen? Man geht davon aus, daß die Krankheit ihm einen Gewinn einbringt, den sogenannten Krankheitsgewinn. Was heißt das?

Einmal: Der Patient weicht der unangenehmen Arbeit an sich selbst aus, er will sich einer anstrengenden Verhaltensänderung entziehen, geht der Konfrontation mit

sich selbst aus dem Weg.

Zum andern: Der Patient will aus seinen Symptomen Befriedigung ziehen. Z.B. mag er durch seine Störungen Beachtung, Anteilnahme, Rücksicht erfahren. Oder er übt damit Macht über andere aus. Vielleicht will er auch nur lange krankfeiern.

Allerdings gibt es auch regelrecht zerstörerische Ziele. So kann die Krankheit jemand dazu dienen, sich selbst zu quälen und zu bestrafen, oder auch einen anderen; z.B. benutzt eine Frau ihr Kranksein dazu, ihrem Mann Schuldgefühle zu machen und ihn an sie zu fesseln.

Halten wir fest: Beim Täter-Modell fragt man nach dem Zweck des Krankseins. Und zwar sieht man den Krankheitszweck immer als negativ an, allerdings in unterschiedlichem Ausmaße. Es ist eben ein Unterschied, ob jemand nur bemitleidet werden will oder ob er einen anderen total auszunutzen versucht.

O-Ton oder

exemplarisches Interview mit einem Vertreter des Täter-Modells

- Sie sehen den psychisch gestörten Menschen als eine Art Täter?
- Ja, in erster Linie. Zwar können Kindheitserfahrungen schon eine Rolle bei der Entstehung solcher Störungen spielen. Aber ein Erwachsener muß selbst Verantwortung für sein Leben übernehmen. Er kann nicht sein Lebtag Mami und Papi für seine Probleme verantwortlich machen.
- Meinen Sie denn, daß die Menschen sich bewußt eine Krankheit anschaffen?
- Das ist unterschiedlich. Aber ob bewußt oder unbewußt, was ändert das entscheidend? Wenn sich ein Mensch unbewußt krank macht oder sein Wissen darüber verdrängt, dann hat er eben für seine Verdrängung die Verantwortung zu tragen.
- Warum sollte denn ein Mensch das tun, z.B. Angstzustände zu produzieren? Was hat er denn davon?
- Von der Flucht in die Krankheit hat ja heute wohl schon jeder gehört. Jemand ist nicht bereit, sich den Anforderungen des Lebens zu stellen. Lieber wird er krank, leidet dann zwar vielleicht auch, wird aber andererseits gehext und gepflegt.

Die anderen Therapeuten, die den seelisch Kranken mehr als Opfer sehen, fragen zuerst einmal: Wo kommt die Störung her? Auf welche Erfahrungen geht sie zurück? Aus welchen Ursachen ist sie entstanden?

Dabei geht es vor allem um negative Erfahrungen in der frühen Kindheit: War der Patient vielleicht ein ungewolltes und ungeliebtes Kind, was viel Ablehnung erfahren hat? Gab es einschneidende Trennungssituationen o.ä.? In letzter Zeit ist immer bekannter geworden, in welchem Ausmaß kleine Mädchen sexuell mißbraucht werden, was dann zu schweren seelischen Traumata führt. Viele Psychologen sehen heute auch vorgeburtliche Erfahrungen und die Geburt selbst als mögliche Ursachen späterer Störungen.

Man geht dabei davon aus, daß die seelische Verletzungen der Kindheit nicht von alleine heilen, daß die Zeit nicht alle Wunden heilt. Sondern durch die Traumata entstehen negative Prägungen, Engramme. Diese können durchaus noch im Erwachsenenalter Störungen auslösen oder aufrechterhalten.

Angenommen, jemand ist als Kind zur Bestrafung immer einen dunklen Keller gesperrt worden, wo er furchtbare Angst hatte. Wenn diese Person auch als Erwachsener noch unter Angst vor Dunkelheit leidet, so erklärt man in der Opfer-Theorie ihr Symptom als Folge der Kindheitsfahrungen. Man sieht in so einem Fall wenig Sinn darin, der Angst irgendeinen Zweck zu unterstellen.

Allerdings werden nicht nur die Vergangenheitseinflüsse, sondern auch gegenwärtige Einflüsse berücksicht. Dabei unterscheidet man allgemeine Belastungen - wie z.B. den Stress, die Hektik der modernen Lebensweise - und individuelle Belastungen. Wenn jemand z.B. seinen Arbeitsplatz verloren hat, in Scheidung lebt oder körperlich krank ist, kann dies auch zu seelischen Störungen führen, vor allem

wenn er schon durch Kindheitstraumata vorbelastet ist.

Es ist allerdings nicht so, daß die Opfer-Theorie nur danach fragt, auf Grund welcher Ursachen sich eine Krankheit entwickelt hat. Sie fragt auch, welche Funktionen oder Ziele das Kranksein haben kann. Aber die Antwort fällt anders aus als beim Täter-Modell.

Denn man sieht als Ziel von Störungen die Erhaltung eines inneren Gleichgewichts, ja das seelische Überleben.

Die Symptome werden als Schutzmechanismen aufgefaßt, die sich zur Bewältigung von psychischen Verletzungen herausgebildet haben. Somit hält man die Krankheitsziele i. allg. für sinnvoll, eingebettet in einen elementaren, biologischen Überlebenstrieb des Organismus.

Peter litt in der Kindheit unter der Störung, zwanghaft zu essen. Diese Störung hatte folgende Funktion: Peter wurde viel allein gelassen, er fühlte sich ungeliebt. Das Essen erlaubte ihm, sich eine gewisse Befriedigung zu verschaffen, den Mangel an Zuwendung etwas auszugleichen und damit halbwegs im Gleichgewicht zu bleiben.

Als Peter als Erwachsener von seiner Frau verlassen wird, tritt dieses Symptom wieder auf. Er ißt und ißt und wird daher magenkrank. Ein Vertreter des Täter-Modell würde sicher negative Motive hier vermuten, z.B. daß Peter seine Frau erpressen will, zurückzukommen. Im Opfer-Modell sieht man aber auch hier zunächst den Versuch, die Situation zu bewältigen.

Allerdings dürfte das Vielessen die falsche Lösung sein. Es ist eine Notlösung, und damit besser als gar nichts. Aber wenn es für den kleinen Peter auch keine andere Möglichkeit gegeben haben mag, einen seelischen Zusammenbruch zu vermeiden. Für den Erwachsenen müßte es - jedenfalls in einer Therapie - wahrscheinlich konstruktivere Mittel geben.

O-Ton oder

exemplarisches Interview mit einem Vertreter des Opfer-
Modells

- Sie sehen einen Menschen, der psychisch krank ist, als eine Art Opfer?
- . Ja, das kann man so sagen. Wenn der Begriff auch etwas merkwürdig klingt. Ich vertrete eben die Auffassung, daß kein Mensch psychisch krank zur Welt kommt und auch keiner psychisch krank sein will. Sondern er wird durch Schädigungen dazu gemacht, vor allem durch schmerzliche Erfahrungen in der frühen Kindheit; denn da ist man ja noch am verletzlichsten, am stärksten abhängig und kann sich am wenigsten wehren.
- Meinen Sie, daß ein Mensch gar keine Verantwortung für seine seelische Gesundheit trägt?
- . Doch durchaus. Zwar beginnt eine Neurose immer mit der Traumatisierung in der Kindheit. Aber der Mensch entwickelt eine Abwehr gegen diese Verletzungen, die selbst auch Krankheitswert hat. Nehmen wir z.B. die Platzangst. Sie entstammt sicherlich seelischen Verletzungen, aber indem der Mensch jetzt weite Plätze vermeidet und damit seine Angst, führt das zu weiteren Symptomen, wie daß er sich nicht mehr auf die Straße wagt
- Sie fordern also vom Patienten, daß er sich dieser Angst stellt?
- . Nein, fordern nicht. Ich wollte nur erst einmal darauf hinweisen, daß jemand schon selbst an seiner Krankheit beteiligt ist, um von dem - ja leicht auch geringschätzigen gebrauchten Begriff - des "armen Opfers" loszukommen. Aber die Abwehr des Patienten ist zunächst gerechtfertigt, als Notlösung. Wir versuchen, einem Patienten in der Therapie dann allerdings zu helfen, eine bessere Lösung für seine Angst zu finden, damit er auch sein Vermeidungsverhalten aufgeben kann.

Wie äußern sich die beiden unterschiedlichen Ansätze in Therapie? Wie verhält sich ein Therapeut, der einen Patienten als voll verantwortlich für seine Krankheit ansieht? Und wie verhält sich ein Therapeut, der den Patienten mehr als Leidtragenden begreift?

Der Therapeut, für den ein Mensch der Schöpfer seiner eigenen Störungen ist, geht davon aus, daß dieser aus eigener Kraft gesund werden kann, wenn er nur will. Er stellt sich deshalb in der Therapie vor allem zwei Aufgaben: 1) den Patienten mit seiner Täterschaft zu konfrontieren und seinen Krankheitsgewinn zu schwächen. 2) den Patienten zu drängen, sich von der Vergangenheit zu lösen, sich gegen seine Symptome zu entscheiden und im Hier-und-Jetzt ein neues Verhalten einzuüben.

Die Aufarbeitung vergangener Traumata spielt meistens kaum eine Rolle, da man sie nicht für entscheidend hält. In manchen täter-orientierten Therapien ist das allerdings anders und man zwingt den Patienten in seine alten Gefühle hinein. Diese Varianten wollen wir aber hier vernachlässigen.

„Du kannst nicht, heißt du willst nicht.“ Oder: „Du kannst schon, wenn du nur willst!“ Das sind typische Sätze eines Therapeuten, der die Krankheit seines Patienten als selbstgemacht und selbstgewollt ansieht.

Ein Patient, der sich dennoch nicht verändert, der ausweicht oder keine Einsicht zeigt, erfährt oft eine negative Beurteilung. Dies kann klar ausgesprochen werden oder nur unterschwellig durchklingen.

Jedenfalls: Der Patient gilt als zu bequem oder gar faul, als ängstlich, ja feige, als unoffen und unehrlich; leicht verdächtigt man ihn, zu anspruchsvoll und verwöhnt zu sein, voller Selbstmitleid. Schlimmstenfalls wirft man ihm vor, gemein und bösartig den Therapeuten zu manipulie-

ren.

Letztlich zieht der Therapeut den Schluß: Es geht dem Patienten noch nicht schlecht genug. Sein Leidensdruck ist zu gering, er profitiert noch zu sehr von seiner Krankheit. Deshalb ist er nicht bereit, sie aufzugeben und sich für ein neues, positives Leben zu entscheiden. Deshalb übt man Druck aus, verunsichert und konfrontiert den Patienten. In manchen Gruppenverfahren ist es gang und gäbe, die Teilnehmer regelrecht fertigzumachen, sie auseinanderzunehmen, um sie zu zwingen, ihre Spielchen zu beenden und endlich Verantwortung für sich zu übernehmen.

Die ganze Therapie ist mehr eine Erziehung, eine Nacherziehung, und zwar eine strenge. Der Therapeut begegnet dem Patienten selten freundlich und akzeptierend. Denn er befürchtet, dann dessen Symptome zu verstärken, indem er ihn gleichsam für sein Krankheitsverhalten belohnt. Auch will er vermeiden, vom Patienten ausgenutzt und in ein neurotisches Spiel verwickelt zu werden.

Wenn der Patient einmal den Therapeuten kritisiert, weist dieser das meistens strikt zurück. Er geht davon aus, daß der Patient genau wie für sein Leben auch für die Therapie die volle Verantwortung zu tragen hat. Es liegt an ihm, ob die Therapie gelingt oder mißglückt, er darf nicht dem Therapeuten für Probleme in der Therapie verantwortlich machen.

O-Ton oder
Sitzungs-Beispiel

- Ich traue mich einfach nicht, unter Menschen zu gehen.
- Wenn du das aber nicht tust, überwindest du deine Kontaktängste nie.
- Ich fühle mich dann immer so leer, mir fällt nichts ein, was ich sagen kann. Das ist richtig peinlich.
- Was soll dir letztlich viel passieren? Du hast zu hohe Ansprüche, das ist dein Problem. Du willst besonders unterhaltsam und interessant sein, es genügt dir nicht, einfach einer unter anderen zu sein.
Ich gebe dir die Aufgabe bis zur nächsten Therapiesitzung zwei mal auszugehen und fremde Menschen anzusprechen.
- Ich kann nicht.
- Natürlich kannst du. Du mußt nur wollen. Hör doch auf mit diesen Kinderspielchen, daß du alles nicht kannst.
- Ich fühle mich ständig von dir angegriffen, das schafft kein Vertrauen zwischen uns.
- Aha, jetzt soll ich es also schuld sein. Erst hast du deine Eltern angeklagt, jetzt mich. Wann wirst du endlich lernen, nicht immer anderen die Schuld zu geben?!
- Ich finde, du bist manchmal sehr ähnlich wie mein Vater, der hat mich auch dauernd kritisiert
- Na wunderbar, da haben wir ja die schönste Übertragung. Merkst du nicht, daß du einfach dein Gefühl deinem Vater gegenüber auf mich überträgst.
- Du mußt aber auch immer recht haben.
- Und jetzt projizierst du auch noch: Du bist es, der immer recht haben will. Stattdessen wirfst du es mir vor.
Du bist wirklich ein schwieriger Patient.

In der Therapie, die sich an dem Opfer-Modell orientiert, ist das alles anders. I. allg. geht man davon aus, daß vor allem die alten Traumata aus der Kindheit aufgearbeitet werden müssen. Das bedeutet, daß solche schmerzhaften Erfahrungen wiedererlebt, verstanden und integriert werden müssen.

Ein solcher Therapeut drängt also den Patienten nicht zu Verhaltensänderungen im Hier-und-Jetzt. Denn er hält es nicht für möglich, Krankheitssymptome einfach wegzuentcheiden bzw. sich für neue Verhaltensweisen zu entscheiden, solange die lebensgeschichtlichen Ursachen nicht aufgearbeitet sind. Und solange die Symptome nicht auch noch nötig sind für eine Art Gleichgewicht.

Deswegen puscht man den Patienten auch nicht in seine alten Gefühle, sondern geht behutsam vor. Stück für Stück muß der Widerstand gegen die schmerzlichen Erinnerungen abgebaut werden, damit diese wirklich aufgearbeitet werden können und nicht den Menschen überschwemmen.

Wenn der Patient zu etwas sagt, er könne nicht, wird das akzeptiert. Der Therapeut mag ihn sogar gerade ermuntern, aufzuhören, gegen seine Ängste, Depressionen etc. anzukämpfen. Sich vielmehr ganz dem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit zu überlassen, das er bisher immer abgewehrt hat.

Auch wenn sich einer sehr destruktiv in der Therapie verhält, gegen die Therapie arbeitet, bleibt der Therapeut zugewandt. Er sieht dahinter mehr einen Hilfeschrei, das große Leiden eines Menschen, der sich nur zerstörerisch verhalten kann.

Gerade im Gegensatz zur Auffassung eines täter-orientierten Therapeuten, der in einem solchen Fall meint, dem Patienten ginge es noch zu gut, schließt der opfer-orientierte Therapeut: Dem Patienten geht es noch zu schlecht,

als daß er sich öffnen könnte.

Ein solcher Therapeut verzichtet normalerweise auf Konfrontation, es sei denn, er spielt bewußt z.B. eine Eltern-Rolle, um einen sonst nicht ansprechbaren Patienten aufzurütteln. - Bzw. "konfrontiert" er den Patienten eher mit Zuwendung, da dies nach seiner Auffassung viel besser zu einer Öffnung führt.

Es ist eine sanfte Therapie, die gerade deswegen zu tiefen emotionalen Erschütterungen führen kann.

Der Therapeut versucht, dem Patienten eine gewisse Sicherheit, ja Geborgenheit zu geben, in deren Schutz dieser eine Aufgabe seiner Symptome und Neuentwicklung wagt.

Wenn der Patient ihn kritisiert, nimmt er das ernst. Er weist es nicht einfach zurück und interpretiert es auch nicht sofort so, daß der Patient etwa nur alte Gefühle, z.B. seinen Eltern gegenüber, auf ihn überträgt, die mit ihm selbst aber gar nichts zu tun haben.

Nach seiner Sicht trägt in erster Linie er selbst als Therapeut die Verantwortung für den Therapieverlauf. Er sieht sich wie einen Arzt, dem sich ein Kranke anvertraut, der von ihm erwarten kann, in sinnvoller und korrekter Weise behandelt zu werden.

0-Ton oder
Sitzungs-Beispiel

- Ich traue mich einfach nicht, unter Menschen zu gehen.
- . Kennst du dieses Gefühl von früher?
- Ja, ich habe mich eigentlich immer unwohl unter anderen Menschen gefühlt. Ich war unsicher, kam mir irgendwie draußen vor, nicht dazugehörig.
- . Fällt dir eine konkrete Erinnerung dazu ein?
- Hmh, vielleicht. So beim Fußballspielen nachmittags. Eigentlich wollte ich gerne mitspielen, aber ich war nicht sehr sportlich. Und deswegen durfte ich oft nicht. Einmal hat mir so eine Sportskanone gesagt: "So eine Flasche wie dich können wir einfach nicht gebrauchen." Danach bin ich nie mehr auf den Sportplatz gegangen.
- . Das hat dir sehr wehgetan.
- Ja, ich fühlte mich total überflüssig, richtig wertlos. Aber eigentlich kannte ich das schon vorher. Mir fällt jetzt ein, wie mein Bruder - er ist zwei Jahre älter - mich als Kind immer weggejagt hat - wenn ich mit ihm und seinen Freunden mitspielen wollte. Ich war eben zu klein.
- . Das ist für dich also eine lange vertraute Erfahrung, nicht dazugehören, draußen zu stehen?
- Wenn du das so sagst, merke ich. Irgendwie habe ich mich wohl mein ganzes Leben als unerwünscht gefühlt, so als ob das nicht richtig ist, daß es mich gibt. Und als ob ich noch selbst daran schuld wäre.
- . Du trägst da eine sehr tiefe Verletzung in Dir und du hast sicher viel Mut und Kraft gebraucht, daran nicht zu verzweifeln. Ich hoffe, es gelingt uns, diese Wunde zur Heilung zu bringen.

Wir hatten darüber gesprochen, daß das Täter- und Opfer-Modell sich nicht auf die Psychotherapie beschränkt und damit auf die Frage, inwieweit ein Mensch für seine psychischen Störungen verantwortlich ist. Sondern es geht dabei um eine grundsätzliche Bestimmung der menschlichen Natur, um ein Menschenbild.

Verdeutlichen wir uns noch einmal den Hauptgegensatz: Das erste Modell sagt aus: Es liegt nur an uns, ob wir glücklich oder unglücklich, erfolgreich oder erfolglos, gesund oder krank sind. Alles ist erreichbar. Man kann mit der Kraft des Wollens, Denkens oder Handelns jedes Ziel erreichen. Der Mensch versucht aber oft, vor der Verantwortung für sein Leben auszuweichen, man muß ihn deshalb dazu drängen.

Das zweite Modell behauptet dagegen: Wir sind stark von unseren früheren Erfahrungen und der gegenwärtigen Umwelt geprägt, beeinflußt. Es ist eine Illusion, daß alles erreichbar wäre, wir müssen unsere Grenzen sehen und akzeptieren. Veränderungen erfordern zwar den Einsatz des Einzelnen, sind aber oft nur durch Hilfe von außen, von anderen zu erreichen.

Wir wollen hier fragen, auf welchen Weltanschauungen diese beiden Sichtweisen des Menschen beruhen bzw. mit welchen sie verbunden sind. Dabei kann man zwischen philosophischen, religiösen und gesellschaftlichen Richtungen unterscheiden.

Beginnen wir mit der Philosophie: Die Täter-Theorie ist subjektivistisch, die Opfer-Theorie objektivistisch. Was heißt das? Nun, wenn man davon ausgeht, daß ein Mensch allein über sein Glück oder Unglück entscheidet, so steht der Mensch als Subjekt im Mittelpunkt der Betrachtung, es ist selbst der Schöpfer seiner Welt.

Geht man aber davon aus, daß der Mensch stark von Äuße-

rem bestimmt wird, von der Welt der Objekte, dann nennt man das Objektivismus. Objekte können hier auch andere Menschen sein, eben alles, was dem Subjekt gegenübersteht, auf es einwirkt.

Problematischer ist es zu unterscheiden, ob die Täter-Theorie oder die Opfer-Theorie eher ein positives, optimistisches Menschenbild besitzt. Zunächst könnte man meinen: Positiv ist doch sicherlich eine Theorie, die behauptet, ein Mensch kann - wen er nur will - immer zum Erfolg kommen. Diese Anschauung ist aber mit dem Pessimismus verbunden, daß der Mensch dazu neigt, selbst und sogar absichtlich sein Glück zu zerstören, so daß man ihn häufig zu seinem Glück zwingen muß.

Beim anderen Modell ist es genau umgekehrt: Man mag von einem Pessimismus sprechen, wenn so herausgehoben wird, wie ohnmächtig der Mensch in vielem ist, und wie stark er andererseits Hilfe benötigt. Andererseits finden wir hier aber ein positives Bild des Menschen als einem, der immer nach Glück sucht, der eine gute Natur besitzt und nur durch Schädigungen von außen ins Unglück getrieben wird.

Wie sieht es mit den religiösen Wurzeln der beiden gegensätzlichen Menschenbilder aus? Das ist recht kompliziert und hier nur zu umreißen: Das Täter-Modell ist sicher stark vom Christentum geprägt. Der Mensch im Christentum gilt vorwiegend als Sünder, als Schuldiger vor Gott. Von daher liegt es nahe, Unglück, aber auch psychische Krankheit als göttliche Bestrafung anzusehen.

Beim Calvinismus ist die Anschauung stark ausgeprägt, man könne durch Selbstdisziplin, Arbeit usw. Probleme einschließlich Krankheiten überwinden und Erfolge erringen, die dann als göttliche Belohnung gelten.

- EN** **Precautions**
- ⚠ This cassette is for cleaning, so it can not be used for recording and playback.
- This cassette cleaner can clean about 200 times, depending on the circumstances.
- When the cleaning effect drops, replace with a new cassette cleaner.
- Beware that carrying out the cleaning operation five or more times in a row or using this cassette cleaner for a prolonged period can cause head wear.
- If there is no effect even when you clean 4 times in a row, the problem may be something else, so consult the store where you purchased your VCR.
- Avoid using or storing this cassette cleaner anywhere subject to direct sunlight, locations with high humidity, and near heating equipment.
- If this cassette cleaner fails to perform correctly due to a fault in its manufacture, Sony will provide you with the same number of new cassette cleaners. Sony can not accept any other responsibility.

Others

- We recommend the use of the Sony moist-type T-25CLW cassette cleaning for periodic cleaning (every 30-50 hours).

- F** **Précautions**
- ⚠ Cette cassette est conçue pour le nettoyage. Elle ne peut pas être utilisée pour l'enregistrement ou la lecture.
- Vous pouvez utiliser cette cassette de nettoyage 200 fois environ, selon les conditions d'utilisation.
- Quand la capacité de nettoyage diminue, remplacez la cassette par une neuve.
- Notez bien qu'effectuer cinq nettoyages ou plus à la suite ou utiliser cette cassette en continu pendant longtemps peut entraîner une usure des têtes.
- Si l'effet n'est pas perceptible même après 4 nettoyages à la suite, l'origine du problème peut être ailleurs. Veuillez dans ce cas vous adresser au magasin où vous avez acheté votre magnétoscope.
- Évitez d'utiliser ou de ranger cette cassette de nettoyage en plein soleil, dans un endroit très humide ou près d'un appareil de chauffage.
- En cas de dysfonctionnement de la cassette de nettoyage dû à un défaut de fabrication, Sony remplacera les cassettes de nettoyage défectueuses par un nombre équivalent de nouvelles cassettes de nettoyage. Sony rejette toute responsabilité pour des problèmes d'une autre nature.

Autres

- Nous vous conseillons d'utiliser la cassette de nettoyage de type humide T-25CLW pour un nettoyage périodique (toutes les 30 à 50 heures).

D **Vorsichtsmaßnahmen**

- ⚠ Diese Cassette ist nur zur Reinigung konstruiert und kann nicht für Aufnahme oder Wiedergabe verwendet werden.
- Obwohl die Lebensdauer je nach Einsatzbedingungen unterschiedlich ist, gilt grundsätzlich, daß die Reinigungscassette etwa 200 Mal eingesetzt werden kann.
- Wenn die Reinigungswirkung nachläßt, durch eine neue Reinigungscassette ersetzen.
- Beachten, sie daß durch 5malige oder häufigere unmittelbar aufeinanderfolgende Reinigung oder durch zu lange ununterbrochene Verwendung der Reinigungscassette Verschleiß am Bandkopf verursacht werden kann.
- Wann auch nach 4maliger unmittelbar aufeinanderfolgender Reinigung keine Wirkung eintritt, kann ein anderes Problem als Tonkopfverschmutzung vorliegen. Lassen Sie sich vom Fachhändler beraten.
- Die Reinigungscassette nicht im direkten Sonnenlicht, in der Nähe von Heizkörpern oder an staubigen Orten verwenden oder aufbewahren.
- Es gelten die deutschen Gewährleistungsbestimmungen.

Hinweis

- Für regelmäßige Reinigung (etwa alle 30 - 50 Stunden) empfehlen wir die Naß-Reinigungscassette Typ T-25CLW von Sony.

I **Precazioni**

- ⚠ Questa cassetta è per la pulizia e non può quindi essere usata per la registrazione e la riproduzione.
- Questa cassetta di pulizia può essere usata circa 200 volte, a seconda delle circostanze.
- Quando l'effetto di pulizia diminuisce, sostituirlo con una nuova cassetta di pulizia.
- Fare attenzione al fatto che eseguendo l'operazione di pulizia delle testine cinque o più volte di seguito o usando questa cassetta di pulizia per periodi prolungati si possono usare le testine.
- Se non si ottiene alcun effetto anche pulendo 4 volte di seguito, il problema può essere dovuto ad altre ragioni, per cui consultare il negoziato presso cui si è acquistato il videoregistratore.
- Evitare di usare o riporre questa cassetta di pulizia in luoghi esposti alla luce solare diretta, luoghi con umidità elevata e nei pressi di impianti di riscaldamento.
- Se la cassetta di pulizia non funziona correttamente a causa di difetti di fabbricazione, Sony sostituirà la cassetta difettosa con una nuova cassetta di pulizia. Sony non si assume alcuna altra responsabilità.

Altre

- Consigliamo di usare la cassetta di pulizia di tipo a liquido T-25CLW Sony per la pulizia periodica (ogni 30-50 ore).

Für die Opfer-Theorie ist es schwieriger, religiöse Hintergründe aufzuzeigen. Man könnte auf asiatische Religionen verweisen, z.B. den Buddhismus, der die Leidhaftigkeit des Lebens betont, oder den Taoismus, der den Menschen in ein umfassendes Ganzes eingebettet sieht, was sich nicht mit der Vorstellung verträgt, der Mensch der alleinige Herr seines Schicksals.

Auch die neutestamentarische, christliche Forderung der Nächstenliebe paßt eher zum Ethos eines opfer-orientierten Therapeuten. Er fühlt sich nicht als Ankläger des Patienten, erst recht nicht als dessen Richter. Dagegen neigt mancher täter-orientierte Therapeut dazu, die moralische Autorität eines orthodoxen Kirchenlehrers zu beanspruchen. Er gerät leicht ins 'Predigen' und erwartet vom Patienten eine Schuldbekenntnis, eine Art Beichte, nach der er Absolution erteilt - oder auch nicht.

Wie sieht es mit den gesellschaftlichen Überzeugungen der beiden Menschenmodelle aus?

Das Täter-Modell ist vorwiegend konservativ: Es paßt genau zu der konservativen Sozialphilosophie und Sozialpolitik, wie sie aktuell durch die politische Wende wieder Hochwasser hat.

Jeder soll für sich selbst verantwortlich sein. Deshalb ist es berechtigt, ja notwendig, das soziale Netz enger zu ziehen, es könnte ja sonst als Hängematte mißbraucht werden. Die Gesellschaft als Konkurrenz- und Kampffeld, auf dem sich der Stärkere durchsetzt und sich so sein Glück sichert, oft eben auf Kosten des Schwächeren, weniger Leistungsfähigen.

Dem gegenüber ist das Opfer-Modell mehr mit einer progressiven, gesellschaftskritischen Haltung verbunden. Es wird eine Sozialgesellschaft gefordert, eine Solidargemeinschaft, die den einzelnen auffängt und unterstützt, wenn er krank wird, in eine psychische Krise oder soziale

Notlage gerät.

Allgemeiner setzt man in der Täter-Theorie auf das Tun, Handeln, auf Aktivismus und Aktionismus. Es ist diese Mentalität des: Es gibt viel zu tun, packen wir es an. Man glaubt an unbegrenztes Wachstum, Fortschritt - insgesamt eine Haltung, die man als typisch westlich bezeichnen kann.

Dagegen drängt man in der Opfer-Theorie weniger auf direkte Änderungen, jedenfalls in der Psychotherapie. Man fragt zunächst, woher etwas kommt. Und man gibt Entwicklungen die Chance, sich von selbst in sinnvoller Weise zu entfalten. Diese weniger eingreifende, im Extrem allerdings fatalistische Haltung mag man als typisch östlich kennzeichnen.

Kommen wir schließlich zur psychologischen Einordnung der beiden Theorien. Es ist allerdings schwierig, sie eindeutig bestimmten psychologischen Richtungen zuzuordnen.

Z.B. besteht einerseits eine enge Verbindung zwischen dem Täter-Ansatz und der humanistischen Psychologie, da diese nämlich sehr stark die Eigenverantwortlichkeit des Menschen hervorhebt und in manchen Therapieverfahren - wie z.B. der Gestalttherapie - sehr rigoros auf die Übernahme der Selbstverantwortung drängen kann. Andererseits gibt es innerhalb der Humanistische Psychologie Therapien wie die Gesprächspsychotherapie, in der man ausgesprochen sanft mit dem Klienten umgeht.

Ähnlich ist es mit der Tiefenpsychologie: Die klassische FREUDSCHE Psychoanalyse nimmt einen gemäßigten Standpunkt genauer gesagt, hat FREUD seinen Standpunkt verändert. Ursprünglich nahm er eine Verführungstheorie an, nach der die meisten psychischen Störungen daher rührten, daß die Menschen als Kinder sexuell verführt, also mißbraucht

wurden.

Später wechselte er zur Triebtheorie, die psychische Störungen vorwiegend als Ausdruck von Triebkonflikten beschreibt, die im Menschen selbst ablaufen und unabhängig von traumatischen Erfahrungen sind.

Viele Psychoanalytiker sehen aber heute diese Entwicklung von FREUD als Rückschritt - er gab die Verführungstheorie auf, weil sie einfach zu seiner Zeit zu brisant war.

Heute ist dagegen, vor allem von Alice MILLER, die sogenannte Verführungstheorie stark propagiert worden, aber auch sie hat noch mit Tabus zu kämpfen - dazu wird später noch genaueres gesagt werden.

Auch innerhalb der Verhaltenstherapie gibt es mehr täter- und mehr opfer-orientierte Verfahren. Z.B. wird in der Realitätstherapie von GLASSER der Patient mit starkem Druck zur Veränderung seines krankhaften Verhaltens gedrängt. Dagegen wird etwa in der Systematische Desensibilisierung der Patient behutsam immer näher an eine Angstsituation, z.B. Fahrstuhlfahren, herangeführt, so daß er sich seine Angst gewissermaßen allmählich abgewöhnt. Allerdings spielt hier die Aufdeckung der Angstursachen, wie sie typisch für den Opfer-Ansatz ist, keine Rolle.

Wer hat nun Recht? Die Vertreter des Täter-Modells oder die des Opfer-Modells? Und wie kann man sich vielleicht erklären, warum so unterschiedliche Positionen eingenommen werden. Diese Fragen werden uns im folgenden beschäftigen. Wir beginnen dabei mit den unterschiedlichen theoretischen Auffassungen.

Grundsätzlich geht man im Täter-Modell ja davon aus, daß der Mensch sein Leben und auch seine Gesundheit oder Krankheit selbst bestimmt. Im Opfer-Modell betont man dagegen, wie stark der Mensch von äußeren Einflüssen abhängig ist.

Eine rein täter-orientierte Sicht ist heute kaum mehr haltbar. Generell wird heute in den Wissenschaften nämlich stark systemtheoretisch gedacht, so auch in der Psychologie. D.h. man sieht den einzelnen Menschen als System, welches in vielfältigen Beziehungen zu seiner Umwelt steht, der biologischen Umwelt, der technischen, der sozialen usw.

Das System kann zwar auf seine Umwelt Einfluß nehmen, wird aber auch - mehr oder weniger - von dieser gesteuert und gelenkt. Dem Individuum die alleinige Macht über sein Leben zuzusprechen, heißt diese Umwelt-Abhängigkeiten einfach zu verleugnen. Andererseits kann bei einem übertrieben oper-orientierten Standpunkt vernachlässigt werden, daß das System Mensch umgekehrt auch auf seine Umwelt einzuwirken vermag.

Die Vertreter der Selbstbestimmung von Krankheit übersehen wohl vor allem die Prägungen des Menschen in der frühen Kindheit. Wie heute nachgewiesen werden kann, werden alle Erfahrungen eines Menschen gespeichert, somit geht auch kein traumatisches Erlebnis verloren, wird nicht einfach vergessen, sondern verdrängt.

Und jenseits von psychischen Verletzungen wird dem

Kind von seinen Eltern ein Lebensskript mitgegeben, dem es dann wie ein Schauspieler dem Drehbuch folgt. Und dies geschieht völlig unbewußt, fast wie unter hypnotischem Zwang. Wenn dieses Lebensdrehbuch nun einen negativen Inhalt besitzt, z.B. voraussagt, daß der Mensch immer wieder scheitern wird, so kann damit ein Versagen oder auch eine Krankheit vorprogrammiert sein.

Nun sind in letzter Zeit immer wieder Stimmen laut geworden, die die These von der Kindheit als Schicksal zu widerlegen behaupten. Wir können hier nicht im einzelnen auf diese Untersuchungen eingehen. Möglicherweise hat man bisher wirklich die prägende Kraft traumatisierender Kindheitserfahrungen überschätzt. Andererseits gibt es so viele Forschungen, ja selbst Tierversuche, die nachweisen, wie psychische Störungen aus Schmerz und Leid in der Kindheit entstehen, daß der grundsätzliche Zusammenhang sicher nicht bestritten werden kann.

Ein weiterer Punkt ist: Psychische Störungen zeichnen sich immer durch Zwangsmechanismen aus. D.h. der Mensch vollzieht zwanghaft bestimmte Verhaltensweisen, obwohl diese ihm unangenehm sind. Besonders deutlich ist das bei den regelrechten Zwangsneurosen, z.B. dem Waschzwang; da wäscht sich jemand zig mal am Tag die Hände, bis diese ganz rot und entzündet sind, z.B. aus einer Angst vor Bakterien - und er kann dieses Verhalten nicht stoppen.

Von daher muß die Auffassung der Täter-Theorie skeptisch stimmen, ein Mensch könne sein Kranksein selbst steuern, z.B. mit seinem Willen. Der Zwang ist eben gerade willentlich nicht zu beeinflussen. Andererseits ist es richtig, daß sich manche Menschen auch nur hinter einem "ich kann nicht" verschanzen, in Wirklichkeit aber gar nicht wollen.

Man sollte hier unterscheiden zwischen Verhalten, Gedanken, Gefühlen und körperlichen Prozessen. Am ehesten läßt sich Verhalten steuern. Demand, der z.B. unter

Kontaktstörungen leidet, kann sich vielleicht dazu zwingen, einfach mehr auf andere Menschen zuzugehen, sie anzusprechen. Aber bei ausgesprochenen Zwangs- oder Suchtverhaltensweisen ist eine direkte Kontrollierbarkeit schon sehr fraglich.

Schwieriger ist es noch, Gedanken und Einstellungen zu verändern. Die Anhänger des positiven Denkens sehen das allerdings anders. Sie meinen, man könnte sein Denken gewissermaßen wie einen Computer neu programmieren. Aber vielleicht wird dabei nur im Bewußtsein etwas verändert, unbewußt denkt man weiter negativ.

Nochweniger lassen sich Gefühle lenken. Man kann sie zwar möglicherweise verdrängen, abreagieren, sich ablenken oder eben auch Psychopharmaka nehmen. Aber direkt sind jedenfalls starke Gefühle kaum willentlich zu steuern, negative wie positive. Starke Angst läßt sich nicht ohne weiteres wegdrängen, genauso wie starke Liebe.

Direkt absurd ist es aber anzunehmen, körperliche Prozesse bzw. Störungen ließen sich direkt beherrschen. Diese werden nämlich vom vegetativen Nervensystem reguliert - und das arbeitet gerade unabhängig vom Willen und Bewußtsein.

Nehmen wir das Beispiel des Errötens. Gegen ein Erröten kann man mit dem Willen nichts ausrichten. Es tritt sogar meistens eine gegensätzliche Reaktion auf. D.h. wenn man willentlich dagegen ankämpft, errötet man um so stärker und sicherer.

Andererseits sind solche vegetativen Prozesse indirekt doch zu beeinflussen, nämlich über - nicht-willentliche - Methoden wie Suggestion, Autogenes Training, Hypnose und Biofeedback. Aber um soetwas zu erlernen, braucht es Zeit und Übung - und auch hier gibt es Grenzen des Erreichbaren.

Ausgespart haben wir bisher noch die wichtige Frage, ob man psychische Störungen eher von Ursachen oder von Zielen her erklären kann. Wir erinnern uns. Beim Täter-Modell fragt man immer nach dem Wozu einer Störung, wobei man von negativen Zwecken der Krankheit ausgeht. Beim Opfer-Modell fragt man zunächst nach dem Woher bzw. Warum; und wenn darüberhinaus auf Krankheitsziele rekuriert wird, dann auf positive, konstruktive.

Zunächst: Sicher haben beide Betrachtungsweisen ihre Berechtigung, die Thematikierung der Zwecke und die der Gründe und Ursachen. Allerdings hat die Ursachenanalyse doch den Vorrang. Falls man den Menschen nicht von Natur aus als auf Krankheit ausgerichtet ansieht, muß doch der Schluß gezogen werden: Zunächst einmal wird ein Mensch durch bestimmte Verletzungen aus seinem normalen Gleichgewicht gebracht. Erst bei seinen Reaktionen hierauf können wir nach der Absicht, dem Motiv fragen.

Und sind solche Absichten nun positiv oder negativ? Auch hier scheint uns die Antwort der Täter-Theorie wieder oberflächlicher. Sicherlich hat sie insoweit recht, daß Menschen ihr Kranksein mit sehr zerstörerischen Zielen betreiben können: Sie wollen sich an anderen rächen, protestieren vielleicht so gegen ihr Schicksal, bestrafen sich selbst oder versuchen sogar, sich so umzubringen.

Aber eine genauere, tiefere Analyse scheint immer zu zeigen: Dahinter steht etwas ganz anderes. Letzlich sucht der Mensch auch in solchen zerstörerischen Prozessen noch nach Gleichgewicht, Gesundheit, Glück. Es sind Versuche, sich selbst zu erhalten oder zu heilen - die allerdings in den Untergang führen können.

Nehmen wir als wohl krasseste Möglichkeit den Suizid bzw. Suizid-Versuch. Will ein Selbstmörder wirklich sterben? Nein, er versucht nur, einer ihm unerträglichen Situation zu entkommen, die ihn psychisch zu vernichten droht.

So paradox das klingt: Er bringt sich um (oder versucht es), letztlich um sich zu retten. Nur endet diese Verzweiflungslösung jedenfalls beim geglückten Suizid eben tragisch.

Wenden wir uns nach der Theorie jetzt der Praxis zu. Vergegenwärtigen wir uns noch einmal die gegensätzlichen Grundpositionen: Einmal wird der Mensch mehr als Täter seiner Krankheit angesehen. Der Therapeut geht davon aus, daß er - auch mit Druck - den Patienten zur Anerkennung seiner Täterschaft und zur Aufgabe seiner Krankheit führen muß.

Das andere mal wird der Mensch mehr als Opfer betrachtet. Der Therapeut versucht, dem Patienten zu helfen, die erlittenen seelischen Verletzungen aufzuarbeiten, um sich dann allmählich von seinem Kranksein lösen zu können.

Wer hat hier nun Recht? Grundsätzlich muß man auch bei den Fragen der Praxis wieder einen Kompromiß ansteuern, eine Synthese versuchen. Nach unserer Auffassung müssen in einer Therapie zunächst einmal verdrängte Traumata der Kindheit bewußt gemacht und gefühlhaft bearbeitet werden. Dies ist eine *conditio sine qua non*.

Andererseits genügt das aber oft nicht. Sondern in einem zweiten Schritt hat der Patient im Hier-und-Jetzt sein Leben neu zu gestalten - muß die Vergangenheit loslassen, Neues ausprobieren, Veränderungen riskieren, aktiv die Verantwortung für sein Leben übernehmen.

Das wollen wir im folgenden näher diskutieren: Ebenso wie in der Medizin ist von einer Therapie zu fordern, daß sie keinesfalls schaden darf. Das ist aber bei dem Täteransatz nicht gesichert. Den Patienten zu drängen, willentlich gegen seine Krankheit vorzugehen, bleibt

zwar oft einfach nur wirkungslos. Es kann den Patienten aber auch schädigen und seinen Zustand verschlechtern.

Zwar mag es sein, daß der Patient daraufhin weniger Symptome zeigt und sich auch selbst besser fühlt, ja daß er von der Therapie überzeugt ist. Häufig werden so aber Störungen nur überdeckt, es wird nur die Verdrängung verstärkt und abgedichtet. Der Patient ist jetzt gewissermaßen ein 'eingebildeter Gesunder' und damit weiter von seinem wirklichen Selbst entfernt als zuvor.

Hier besteht dann immer die Gefahr einer Symptomverschiebung, d.h. daß ein altes Symptom verschwindet, dafür aber ein neues und oft schwereres auftritt. Das wird zwar von Anhängern des Täter-Modells bestritten. Sie berücksichtigen dabei aber meistens nicht, daß sich ein neues Symptom zunächst einmal unbemerkt entwickeln kann; oder daß es - wie vor allem körperliche Störungen - nicht in Verbindung mit der Therapie gebracht wird.

Insbesondere für Patienten, die schon immer mit Willenskraft gegen ihre Symptome ankämpften, ist eine Fortsetzung dieses Weges genau falsch. Sie brauchen gerade eine Willensaufgabe, ein Loslassen, müssen lernen, ihre Störungen anzunehmen, um sie dann allmählich Stück für Stück zu überwinden.

Erst recht ist es problematisch, wenn der Therapeut versucht, Patienten durch harte Konfrontation zur Symponaufgabe zu bewegen. Auch wenn der Patient dann das gewünschte Verhalten zeigt, dies wird kaum dauerhaft sein. Denn er reagiert ja gezwungen, hat sich nicht wirklich freiwillig dafür entschieden und übernimmt deshalb auch gerade nicht die Verantwortung dafür.

Außerdem besteht die Gefahr, daß der Patient das Vertrauen zum Therapeuten verliert und einen Widerstand gegen ihn aufbaut- und das zurecht. Die meisten Patienten haben

ja gerade deswegen Probleme, weil sie als Kinder ständig kommandiert, kritisiert und attackiert wurden. Da ist es doch sehr fragwürdig, ob ihnen die Fortsetzung einer solchen Behandlung in der Therapie helfen kann.

Vor allem ist es zu kritisieren, wenn ein Therapeut den Patienten mit starker Konfrontation aus dem Gleichgewicht bringt, diesen dann aber dafür verantwortlich macht, wenn er damit nicht fertig wird und auszuflippen droht. Am schlimmsten sind manche Reisende in Sachen Therapie, oft gerade mit Star- und Guru-Image, die Menschen an einem week-end aufreißen und sie dann sich selbst überlassen.

Nach dieser Kritik eines übertrieben täter-orientierten Therapeutenverhaltens wollen wir nach Problemen in der opfer-orientierten Therapiepraxis fragen.

Es gibt in der Tat Patienten, die soviel Gewinn aus ihrer Krankheit ziehen, daß sie nicht ernsthaft bereit sind, sich auf das mühsame und schmerzhafte Geschäft einer Therapie einzulassen.

Manche mißbrauchen die Therapie wirklich als "neurotisches Spiel", finden z.B. Befriedigung darin, den Therapeuten immer wieder abblitzen zu lassen; sie rächen sich an ihm für die Ablehnung, die sie selbst in der Kindheit erleidet mußten.

Etwa der Typ des Patienten, der immer wieder sein Leid klagt und um Hilfe oder Ratschläge bittet, die aber grundsätzlich niemals annimmt. Andere Patienten zeigen einen weniger aggressiven, dennoch nicht leichter aufzulösenden Widerstand.

So erwarten manche vom Therapeuten Wunder, sie wollen von ihm ohne jede eigene Anstrengung geheilt werden. Dabei verstehen sie unter Heilung, daß sie einfach ihre

Symptome loswerden, ohne sich selbst verändern zu müssen; sie möchte im Grunde nur ihre Verdrängungsabwehr besser abgedichtet bekommen.

Oder Patienten wollen vom Therapeuten ständig bemitleidet und bemuttert werden, was zwar ein verständliches Bedürfnis ist, sie aber möglicherweise an ihren Symptomen festhalten läßt.

Bei solchen Patienten ist der Therapeut gut beraten, mit Zuwendung vorsichtig umzugehen. Wenn sich der Patient selbst schon überstark in einer Opfer-Rolle sieht, können seine Symptome wirklich verstärkt werden, wenn der Therapeut sie gleichsam durch seine Zuwendung belohnt.

Vor allem muß der Therapeut falschen Trost vermeiden, Schmerz und Angst des Patienten dürfen nicht weggetröstet werden, sondern müssen fühlend aufgearbeitet werden.

In jedem Fall gilt: Der Patient hat sich zu entscheiden, ob er seinen Krankheitsgewinn behalten oder seine Symptome loswerden will. Wenn er z.B. durch Depressivität Mitleid erhält, muß er entweder auf das Mitleid verzichten oder eben seine Depression ertragen - man kann den Kuchen nicht essen und aufbewahren ...

Patienten, die ihre Therapie regelrecht sabotieren, gibt es aber wohl nur wenige. Denn wer eine Therapie aufsucht, steht normalerweise unter einem solchen Leidensdruck, daß er durchaus willens ist, an sich zu arbeiten, auch ohne Erfolgsgarantie.

Doch auch Patienten, die sich halsstarrig und destruktiv verhalten, sollte der Therapeut nicht einfach verurteilen. Denn hinter einer solchen Haltung steht ja letztlich ein Leiden. Mancher hat vielleicht zu furchtbares erlebt, um sich dem ganz stellen zu können. Jemand mag als Kind so zerstörerisch behandelt worden sein, daß er sich auch selbst erst einmal nur in zerstörerischer

Weise verhalten kann.

So sollte der Therapeut auch nicht vorschnell einen Patienten abschreiben. Ein Therapeut ist ja nicht allwissend, er kann sich irren. Was er als vielleicht als Manipulation der Therapie interpretiert, mag ein berechtigtes Wehren des Patienten gegen eine falsche Deutung seiner Lebensgeschichte sein. Auch ein Therapeut kann sich nicht ganz in einen anderen Menschen hineinversetzen.

Kommen wir jetzt zu der Frage, wie man die Verantwortung in der Therapie einzuschätzen hat. Wer ist für den Therapieverlauf verantwortlich? Der Therapeut oder Patient? Bzw. teilt sich die Verantwortung?

Wir hatten gesehen, daß der täter-orientierte Therapeut dem Patienten fast gänzlich verantwortlich spricht, während der opfer-orientierte Therapeut selbst die Hauptverantwortung übernimmt.

Daß ein Therapeut jegliche Verantwortung für die Therapie ablehnt, ist sicher nicht zu rechtfertigen. Denn ein Therapeut ist ja gewissermaßen Fachmann für die Behandlung psychischer Störungen. Und ein Patient kann von ihm - erst recht bei den hohen Therapeuten-Honoraren - fachmännische Arbeit verlangen.

Allgemein wird man die Qualität eines Therapeuten danach beurteilen, inwieweit seine Patienten Besserungen erreichen. Dieser Berufs-Verantwortung darf sich der Therapeut nicht entziehen, wie dies bei einer Übertriebenen Täter-Orientierung wohl versucht wird.

Der Therapeuten-Beruf ist sogar ein besonders verantwortlicher, da es um die Gesundheit und Krankheit von Menschen geht. Er ist insofern eigentlich nur mit dem Beruf des Arztes zu vergleichen. Beim Arzt ist es fraglos anerkannt, daß er für die medizinische Therapie verantwortlich ist, und man kann ihn ggf. - bei einem Kunstfehler - gerichtlich belangen. Entsprechendes müßte grundsätzlich auch für Psychotherapeuten gelten.

Aber auch der Patient trägt Verantwortung. Er muß bereit sein, sich in der Therapie einzusetzen. Er muß aktive Mitarbeit leisten, kann die Therapie nicht einfach - wie eine Medikamenten-Behandlung - passiv über sich ergehen lassen.

In gewisser Weise ist das zwar ungerecht. Denn letztlich

wurde der Patient ja krank gemacht bzw. mußte er seine Störungen als Notmaßnahmen gegen Verletzungen entwickeln. Aber das nützt ihm nichts, er kann sich nicht darauf ausruhen, daß er nicht schuldig ist. Sich dennoch ganz für die Überwindung seiner Störungen zu engagieren, das bedeutet echte Selbstverantwortung.

Wichtig ist jedoch, daß die Therapie nicht dazu führt, daß sich der Patient allein verantwortlich oder gar schuldig für seine Krankheiten führt. Man kann ruhig sagen, dann ist sie gescheitert. Sie war dann nichts anderes als die Fortsetzung einer krankmachenden Erziehung mit anderen Mitteln.

Der Patient hat jetzt endgültig ein negatives Selbstbild verinnerlicht. Er konnte sich gerade nicht von ungerechtfertigten Verurteilungen befreien, die er z.B. von Seiten seiner Eltern erfahren hatte. Besonders Alice MILLER hat aufgezeigt, daß sich Therapeuten oft mit den Eltern des Patienten identifizieren und deren Beschuldigungen fortsetzen.

Diese Überlegungen führen uns zu der Frage, was denn die psychologischen Hintergründe einer opfer-orientierten, vor allem aber einer täter-orientierten Einstellung sein könnten. Denn es geht hier natürlich nicht nur um unterschiedliche sachliche Auffassungen, auch nicht nur um unterschiedliche Weltanschauungen, sondern dahinter können sich auch bestimmte Gefühle und Wünsche - meistens unbewußte - verbergen.

Beim Täter-Modell ist ein narzisstischer Hintergrund sehr naheliegend. Die Behauptung, alles läge nur an einem selbst, man selbst könne alles erreichen, zeigt die Abwehr von Ohnmachtsgefühlen. Daß der Mensch in vielem begrenzt und hilflos ist, wird als narzisstische Kränkung erfahren, die unerträglich scheint.

So verleugnet man die menschliche Schwäche und behauptet einfach das Gegenteil. Man unternimmt alles, um sich großartig, machtvoll zu erleben - die Psychologie spricht vom grandiosen Selbst; im Extrem kann eine solche Haltung bis zum Größenwahn führen.

Beim Opfer-Modell liegt die umgekehrte Tendenz zugrunde. Wenn sich jemand nur als Opfer ansieht, denn verabsolutiert er Begrenzungen, die real da sind. Er unterscheidet nicht, daß es Situationen gibt, in denen er machtlos ist, und andere, in denen er sehr wohl etwas tun kann. Indem er bei seinem "ich kann nicht" verharrt, weicht er dem Lebenskampf aus, flüchtet, will jede Konfrontation vermeiden.

Ein täter-orientierter Therapeut hat oft eine - stärkere oder schwächere - narzisstische Struktur, da er eben davon ausgeht, jeder, damit auch sein Patient könne seine Krankheiten aus eigener Kraft überwinden. Er mag aber auch bzw. teils - teils die umgekehrte Psychostruktur aufweisen. Denn: Indem er den Patienten als voll verantwortlich erklärt, kann er sich ja gerade seiner Verantwortung entziehen.

Es ist kein Widerspruch, daß jemand sowohl die eine wie die andere psychische Struktur besitzt. Erstens kommen allmögliche Mischtypen vor. Zweitens kann auf einer Ebene der Narzißmus dominant sein, auf einer anderen aber gerade eine stark depressive Ohnmachtshaltung. Es ist auch bekannt, wie häufig es zum Wechsel von Größenvorstellungen und Depression kommt.

Ein weiterer psychologischer Hintergrund ist: Im Täter-Modell erscheint die Welt sinnvoll. Wenn jemand krank ist, hat er das selbst gemacht, ja selbst gewollt. Damit kann abgewehrt werden, daß Leiden und Krankheit oft ganz sinnlos, ungerecht, chaotisch über einen kommen.

Worauf vor allem der Psychologe Viktor FRANKL immer wieder hingewiesen hat: Der Mensch kann so ungefähr jedes Leid aushalten, wenn er darin nur einen Sinn sieht. Und sei es auch der Sinn der eigenen Schuldigkeit. Man kann also festhalten, daß im Täter-Modell verleugnet wird, daß Menschen eben einfach sinnlos Leid zugefügt wird, es keine ausgleichende Gerechtigkeit gibt.

Umgekehrt beim opfer-orientierten Standpunkt. Im Extrem wird hier jeder Sinn von Krankheit negiert, man sieht sich nur als Opfer eines brutalen, wahllos zuschlagenden Schicksals. Dabei wird dann aber übersehen, daß manches Leiden doch einen Sinn haben kann.

So kann eine psychische Krankheit einen darauf hinweisen, daß man falsch lebt, bestimmte Seiten seiner Person verleugnet. Die Krankheit hat dann den Aufforderungscharakter, sein Leben zu ändern. Sich mehr zu verwirklichen, so daß sich das Ungelebte nicht mehr durch Krankheit ausdrücken muß.

Nennen wir noch einen dritten psychologischen Hintergrund. Indem im Täter-Modell der Patient als allein verantwortlich gilt, geraten andere aus der Schußlinie, z.B. die

Eltern. An ihrer Erziehung lag es dann also nicht, wenn psychische Störungen auftreten.

Beim Opfer-Ansatz ist das anders. Allerdings: Auch hier geht es nicht darum, die Eltern objektiv zu beschuldigen. Das wird oft falsch gesehen. Aber man versucht, klar aufzudecken, wie der Patient durch negative Erziehungsmaßnahmen verletzt wurde und dies seine Krankheit auslöste. Und man gesteht dem Patienten zu, entsprechend in der Therapie ganz seinen Schmerz aber auch seine Wut über das Verhalten der Eltern auszudrücken.

Alice MILLER hat aufgezeigt, daß in unserer Gesellschaft ein Tabu herrscht mit dem Inhalt : Du sollst nicht merken. Gemeint ist, das Kind soll nicht merken, wie es von den Eltern oder überhaupt Erwachsenen ausgenutzt wird. Die Eltern müssen geschont werden, um jeden Preis.

Von diesem Gebot, die Eltern zu schonen und die Unterdrückung der Kinder zu verschweigen, sind auch die Therapien nicht verschont geblieben. In vielen Therapien ist es verpönt, wenn der Patient offen Affront gegen seine Eltern macht. Denn das röhrt an die verdrängten Gefühle des Therapeuten, der das deswegen auch dem Patienten untersagen will.

Fazit: Es ist wichtig, daß ein Patient in der Therapie noch einmal durchlebt, wie stark er Opfer seiner Eltern war. Es geht dabei aber nicht darum, die Eltern moralisch zu verurteilen - auch sie waren eben Opfer ihrer Eltern. Und vor allem kann der Patient nicht im Protest gegen seine Eltern stehenbleiben, er muß trotzdem die Verantwortung für sein Leben übernehmen.

Was können wir zum Schluß festhalten? Wer hat Recht? Die Täter-Theorie, die sagt: Der Mensch flüchtet in die Krankheit, er macht sich selbst krank, will sogar krank sein? Oder die Opfer-Theorie, die sagt: Der Mensch wird zunächst krank gemacht bzw. sein Kranksein ist ein unvermeidliches Wehren gegen Verletzungen?

Nun, es dürfte deutlich geworden sein, daß beide in gewissem Ausmaß recht haben. Bzw. daß eine extreme Position in jedem Falle falsch ist. Das heißt allerdings auch nicht einfach, daß die Wahrheit genau in der Mitte liegt. Sonder die Risiken einer übertrieben täter-orientierten Therapie sind sicherlich größer, sie kann schwere neue Schädigungen verursachen.

Vor allem ist aber auch folgendes zu bedenken: Eine Therapie soll dazu führen, daß die Krankheit des Patienten gebessert oder geheilt wird. Was ist denn eigentlich damit gewonnen, wenn der Therapeut nach einer erfolglosen Therapie seine Hände in Unschuld wäscht und verkündet, der Patient wolle eben nicht gesund werden? Doch gar nicht. Das Therapieziel ist nicht erreicht.

Kann die Erklärung dafür wirklich in einer Verurteilung des Patienten bestehen? Das allein wäre doch zu einfach und oberflächlich. Selbst angenommen, der Patient wollte sich tatsächlich nicht ändern. Warum wollte er das nicht? Macht das nicht vielleicht gerade seine Gestörtheit aus? Und hätte er sich - wenn man besser auf ihn eingegangen wäre - nicht doch positiv verändern können und wollen?

Die Verurteilung von psychisch kranken Menschen birgt die Gefahr eines großen Rückschritts in sich. Mühsam genug sind die Zeiten doch erst überwunden, in denen man Menschen mit psychischen und geistigen Störungen verteufelte oder kriminalisierte und sie mit rigorosen "Therapie"-Prozeduren zu bessern suchte. Eine übertriebene Verantwortlichmachung, ja Beschuldigung von Patienten bedeutet einen Rückfall in diese Richtung.